

指定就労継続支援B型 重要事項説明書

就労継続支援B型サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所が説明すべき内容は次の通りです。

1、サービスを提供する事業者

名 称 有限会社ALL地域リハネットワーク
所在地 三重県伊勢市小俣町宮前197
TEL 0596-25-0378
代表者 大西 敦志

2、利用施設

種 類 指定就労継続支援B型
名 称 身障者就労センター上々（事業所番号2412830230）
所在地 三重県度会郡玉城町佐田705-2
連絡先 TEL 0596-64-8955
FAX 0596-64-8956
定 員 20名
管理者 上田 大輔
サービス管理責任者 上田 大輔
主たる対象者 身体障がい者

3、目的

適切な環境と管理のもとに、利用される方一人一人の能力と特性に応じた支援を行い、福祉的就労の場、日中活動の場として地域社会で生活できるようにすることを目的とします。

4、運営方針

利用される方一人一人を尊重する精神を貫き、利用される方が心身とも健やかに生活され、また自立した日常生活を営むことが出来るよう支援します。そのために支援の多様化を図り、より支援内容を深めていきます。

5、施設の概要

（1）建物

構 造 鉄骨造り2階建て
延べ床面積 447.58㎡

(2) 設備

1 階

作業室	3 室
保管庫	1 室
休憩室兼更衣室	1 室
男子トイレ	1 ヶ所
女子トイレ	1 ヶ所
多目的トイレ	1 ヶ所

2 階

作業室	4 室
保管庫	1 室
事務室	1 室
相談室	1 室
男子トイレ	1 ヶ所
女子トイレ	1 ヶ所

6、職員体制

令和 7 年 4 月 1 日現在

職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算	勤務体系
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	8:00～17:00
サービス 管理責任者	1		1			1	8:00～17:00
生活支援員	2	2				2	8:00～17:00
目標工賃 達成指導員	1	1				1	8:00～17:00
職業指導員	2	2				2	8:00～17:00

7、営業日と営業時間

営業日 原則月曜日～金曜日（ゴールデンウィークと年末年始を除く）

営業時間 原則 8 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0

8、サービス提供の内容

相談及び援助

利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。

訓練

一般就労に必要な知識、能力の向上のための必要な訓練を行います。
また、その他の便宜を適切かつ効果的に行います。

生産活動

生産活動の機会を提供します。

- ①麺類の製造
- ②乾燥野菜の製造、製粉
- ③その他食品の加工
- ④施設外就労

上記①～④の生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。

事業所外支援

常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用が無かった場合は、居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。

健康管理

医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。

送迎

自主通勤が出来ない場合、希望により送迎を行います。

一般就労への移行支援

知識及び能力が高まった物について、一般就労への移行に向けた支援を行います。

その他利用者に必要な支援

就労継続支援B型支援計画書の作成

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意を頂きます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付します。

9、利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち9割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払い頂きます（定率負担または利用者負担額といいます）。尚、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障がい福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

就労に向けての支援に必要な諸経費

就労や実習に向けての支援のうち、負担して頂くことが適当である費用を頂きます。（実費）

日常生活上必要となる諸経費

利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当である者に係る費用を頂きます。

①日用品費

②保健衛生費

③教養娯楽費

(3) 利用料金のお支払方法

上記（1）、（2）の料金は1ヶ月ごとに計算し請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払いください。

①当事業所窓口での現金支払い

②金融機関口座からの口座振替

10、虐待防止に関する相談窓口

当事業所窓口

TEL 0596 - 64 - 8955

担当者 管理者

利用時間 8：00～17：00

11、要望・苦情等の相談窓口

当事業所窓口

TEL 0596 - 64 - 8955

担当者 管理者

利用時間 8：00～17：00

苦情受付機関

玉城町生活福祉課	TEL	0596-58-8203
伊勢市障がい福祉課	TEL	0596-21-5558
鳥羽市健康福祉課	TEL	0599-25-1183
度会町保健子ども課	TEL	0596-62-2413
大紀町健康福祉課	TEL	0598-86-2216
明和町福祉ほけん課	TEL	0596-52-7116
三重県福祉サービス運営適正化委員会		
	TEL	059-224-8111

12、協力医療機関

名 称	神戸クリニック
医院長	野口 吉文
所在地	三重県度会郡玉城町佐田500-1
TEL	0596-58-8499
診療科	内科、外科

指定障害者福祉サービス就労継続支援B型の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年	月	日
事業所名	身障者就労センター上々	
所在地	三重県度会郡玉城町佐田705-2	
管理者	氏名	上田 大輔 印
説明者	氏名	印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

利用者

住 所	
氏 名	印
署名代行者（又は法定代理人）	
住 所	
氏 名	印
本人との続柄（	）